



## 6. Forebyggende hjemmebesøk til eldre

### *Fokus på mestring, mening og trivsel i hverdagen*

Hanne C. Johnsen, Aud E. Evensen og Hildfrid V. Brataas

**Sammendrag** Sentrale føringer peker på behov for forebyggende helsetjenester for eldre. Forebyggende hjemmebesøk er et tiltak i så henseende. Kapitlet bruker beskrivende og fortolkende essay som belyser forebyggende hjemmebesøk (FHB). Det benyttes ulike FHB-modeller der tjenesten er implementert. Vi ser muligheter for mer personsentrert praksis, brukermedvirkning i forskning og samarbeid med den aldrende befolkningen om forebyggende tiltak.

**Nøkkelord** eldre | forebyggende hjemmebesøk | livskvalitet | hverdagsliv | mestring

**Abstract** Norwegian politics point to the need for preventive health services for the elderly. In this regard, «preventive home visits» (FHB) is a measure. The chapter uses descriptive and interpretive essays that focus on FHB. Different FHB models are used where the service is implemented. More person-centred practice, user participation in research, and collaboration with the aging population on preventive measures are recommended.

**Keywords** elderly | coping | everyday life | preventive home visits | quality of life

## INNLEDNING

Essayet belyser og diskuterer kommunehelsetjeneste som tilrettelegging for mestring og mening i hverdagen til eldre hjemmeboende innbyggere. Søkelys settes på tiltak som benevnes forebyggende hjemmebesøk (FHB). Implementering og evalueringer av betydningen av det relativt nye tiltaket betraktes i lys av politiske føringer, teori om mestring og aktivitet i dagliglivet (ADL) og humanistisk inspirert teori, som legger vekt på menneskers verdi, kraft og ressurser. Mennesker er også sårbare, og måten personell møter de eldre på, kan være avgjørende for å oppnå forebyggende hensikter med hjemmebesøk. Derfor er personellens kompetanse og personsentrerte praksis viktig. Motsatt kunne et uprofesjonelt hjemmebesøk i verste fall ha negative effekter for brukeren i form av krenkelse, devaluering eller kanskje også frykt for å mangle mestringsressurser i fremtiden? FHB skal, derimot, som navnet tilsier, ha forebyggende betydning. Hva sier forskning om fenomenet? Hensikten med å ta opp disse spørsmålene i kapitlet er å belyse hvordan forskning og teori kan gi komplementerende innsikt og peke fremover mot innovasjon og forskning innen feltet forebyggende eldreomsorg i kommunehelsetjenesten.

## PROBLEMSTILLING

Hvordan forstås og benyttes forebyggende hjemmebesøk (FHB), og hvilken betydning kan tjenesten ha for trivsel, mening og mestring hos hjemmeboende eldre?

For å belyse problemstillingen fokuserer vi på følgende: 1) hvordan forebyggende hjemmebesøk beskrives og innføres, 2) hvordan FHB forstås i lys av realisme og humanisme, 3) hvordan helsepersonell på hjemmebesøk forholder seg til trivsel og mening som helse- og livskvalitetsfremmende aspekter, og 4) hva ulik forskning sier om betydningen av forebyggende hjemmebesøk.

## METODE

Vi bruker essaysjangeren, belyser temaet, utforsker, stiller spørsmål, reflekterer og kommenterer emnet forebyggende helsetjeneste og forebyggende hjemmebesøk til eldre, samtidig som vi trekker inn egne synspunkter. For å fremme troverdighet har vi tilstrebet tydelighet på hvordan vi anvender og tolker teori og forskningspubliseringer.

Fremgangsmåten vi benytter, er beskrivende og fortolkende (Polit & Beck 2010; Smith, Flowers & Larkin, 2009). Først belyser vi noen sentrale føringer for kommunehelsetjeneste som satsing på forbyggende helsetjenester og tilrettelegging for

mestring i hverdagen til eldre hjemmeboende innbyggere. Videre avgrenser vi til å belyse og drøfte formål og betydning av en tjeneste som har fått betegnelsen «forebyggende hjemmebesøk» (FHB), «preventive home visits». Problemstillingen diskuteres i lys av ulike teoretiske perspektiver der realisme og humanisme er ulike vitenskapelige grunnsyn. På bakgrunn av dette drar vi slutninger, og stiller spørsmål om nye ideer kan bidra til innovasjon i kommunenes satsing på forebyggende helsetjenester.

## **FOREBYGGENDE HELSETJENESTE FOR HJEMMEBOENDE ELDRE**

Hvordan beskrives forebyggende hjemmebesøk, og hva innebærer ulike beskrivelser?

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) gir lovpålagte føringer for å fremme helse og forebygge sykdom til innbyggerne i kommunene, og kommunene skal også gi informasjon, råd og veiledning til innbyggerne. Det er sterke sentrale føringer for å satse på forebygging istedenfor å behandle.

Storting og regjering har belyst sentrale og detaljerte føringer i stortingsmeldinger, veiledere og rundskriv for hvordan kommunene skal utøve helsehjelpen til innbyggerne i kommunene. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) har forebygging i fokus. Det skal lønne seg for kommunene å satse på forebygging, slik at innbyggerne i mindre grad trenger spesialisthelsetjenester. Og det skal lønne seg for sykehus og kommuner å spille på lag. Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i 2011 et program for å sikre økt kunnskap om forebyggende arbeid innenfor eldreomsorgen. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) pålegger kommunene et ansvar for å fremme innbyggernes helse.

I en evalueringsrapport (Veenstra, Lima & Daatland, 2009) presenteres funn fra et prosjekt knyttet opp mot samhandlingsreformen. En spørreundersøkelse om folkehelsearbeid ble gjort blant kommunale ledere i 76 kommuner samt en gjennomgang av planverket til 27 av disse kommunene. I tillegg ble det gjort casestudier om forebyggende helsearbeid i tre av kommunene. Rapporten viser at samhandlingsreformen har ført til mer oppmerksomhet om folkehelse i planverk og en økning i bruk av ressurser til organisering og planlegging av folkehelsearbeid. Derimot har samhandlingsreformen bidratt i liten grad til å jobbe med folkehelsearbeid på tvers av sektorene i kommunen. Samtidig ser man økt forståelse av å jobbe tverrfaglig med implementering av prosjekter innen forebyggende helsearbeid.

Psykisk helsearbeid kan være en del av det forebyggende arbeidet. Ose & Kaspersen (2015) belyste i en rapport kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid.

426 kommuner responderte på forespørsel om ressursinnsatsen innenfor psykisk helsearbeid. Hvordan tjenesten tenkes, varierer i kommunene ved at noen har konkrete tilbud på distriktpsikiatriske sentre (DPS-sentre), mens noen har det mer som et sosialt tilbud. Mange kommuner har utfordringer med å utøve oppsøkende tjenester til innbyggerne. Altså er det stor variasjon i modeller for forebyggende psykisk helsearbeid.

Ifølge Torp (2005) kan innbyggernes helseadferd påvirkes av tiltak fra flere nivå i kommunen. Tiltakene kan rettes mot individene og miljøet rundt. På organisasjonsnivå er det andre forhold, for eksempel økonomi, som bestemmer om en lykkes eller ikke. Uansett må det hele tiden jobbes forebyggende, og kommunen må vektlegge dette. I tillegg må planer og dokumenter være forankret på alle ledelsesnivå.

Stortingsmelding nr. 15 *Leve hele livet* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a) er en kvalitetsreform for eldre der målet er at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre hverdagen. Reformen belyser mange tiltak for at befolkningen over 65 år skal bo lengst mulig hjemme, og her foreslås virkemidler som legger til rette for at innbyggerne skal mestre hverdagen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018b). Det finnes neppe nok ressurser i kommunene til å oppnå det denne reformen beskriver. Her kan en mulig løsning være å inkludere pårørende og frivillige organisasjoner i større grad som bidragsytere. Kanskje kan disse aktørene i fremtiden bidra til å lykkes med forebyggende helsehjelp til alle innbyggere i kommunen? Dersom kommunene skal bruke pårørende aktivt som en ressurs, må de oppleve å bli tatt på alvor og bli møtt ut fra sine individuelle behov (Nasjonal kompetansetjeneste, 2017). Mange eldre i dagens samfunn er aktive og utgjør en ressurs for familie, venner, frivillige organisasjoner eller arbeidsliv, og mange deltar i ulike sosiale sammenkomster.

Nasjonal kompetansetjeneste (2017) har gjort en del prosjekter for Helse- og omsorgsdepartementet som innspill til reformen «Leve hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). For å opprettholde gode tilbud og for at kommunene skal utvikle bedre løsninger, er kvalitetsreformen ment å styrke områder som ikke erfare som optimale. Disse områdene gjelder et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Helse- og omsorgsdepartementet (2015) og Helsedirektoratet (2018a) har i de siste ti år lagt føringer for at kommunene skal legge til rette for at eldre skal mestre hverdagen og bo lengst mulig hjemme. Helse- og omsorgsdepartementet sendte i 2016 ut «Rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene». Målet var å stimulere kommunene til å etablere og gjennomføre forebyggende hjemmebesøk. FHB er knyttet opp mot kommunens lovpålagte ansvar for å fremme helse, forebygge syk-

dom, skade og sosiale problemer og utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

FHB er et tilbud til eldre om å få besøk av fagansatte fra kommunehelsetjenesten i sitt hjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Målgruppen er primært eldre som ikke har noe annet tilbud fra helsetjenesten. Eldre defineres som de på 65 år eller mer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018b). FHB-tilbudet i kommunene varierer med hensyn til alder over 65. Målet med FHB er å fremme helse og mestring ved at kommunen tilbyr forebyggende tiltak som kan bidra til at den eldre kan bo i sitt hjem lengst mulig. Besøket har som formål å kartlegge brukerens helhetlige situasjon og behov. Et spørsmål er om tiltaket skal møte behov for å mestre dagliglivets praktiske aktiviteter, eller også behov knyttet til å oppleve hverdagen som meningsfull?

### Innføring av forebyggende hjemmebesøk (FHB)

I Norge startet FHB allerede på 80-tallet i noen få kommuner. Forskning viser derimot at få kommuner tilbyr FHB, og det som tilbys, er basert på ulike modeller (Skumsnes, Teigen & Folkestad, 2015; Førland & Skumsnes, 2014; Blindheim & Alnes, 2015).

Førland (2017) har gjort en oppsummering av forskning på gjennomføring av forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk. Funn viser at innhold, organisering og behov for FHB varierer. Oppsummeringen understreker at for å lykkes med FHB må tiltaket være forankret på alle ledernivå i kommunen.

Å innføre en ny tjeneste tar tid. Som vi viser til, ble det allerede på 80-tallet innført FHB i noen kommuner, og det viser seg av føringer fra storting og regjering at dette er et satsingsområde. Vi stiller da spørsmålet om hvorfor det kun er noen kommuner som har innført FHB som et forebyggende tiltak, og hvorfor det ikke ligger nasjonale føringer for at dette skal gjøres i alle kommuner?

Rundskrivet om forebyggende hjemmebesøk i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) viser at det fra 2003 til 2013 har vært en beskjeden økning fra 8 % til 25 % av kommunene i Norge som tilbyr FHB. Men først i 2011 iverksatte Helse- og omsorgsdepartementet et utviklingsprogram for FHB til eldre. Med bakgrunn i erfaringer fra dette programmet ble det først i 2017 sendt ut veiledningsmaterieil til kommunene for hvordan FHB kan etableres og gjennomføres i kommunene (Helsedirektoratet, 2017), uten videre krav til gjennomføring, og dernest i 2019 ble veiledningsmaterialet tilgjengelig på internett (Helsedirektoratet, 2019). Hvilke faktorer er det som ligger til grunn for at dette forebyggende og helsefremmende tiltaket virker så tidkrevende å implementere? Har det flere års-

ker? Er det utydelige forskningsfunn på effekt, og er fremgangsmåten dårlig beskrevet og forsket på? Det er anbefalt fra departementsnivå å iverksette FHB, men det har foreløpig manglet tydelige kjøreregler.

Vi kan eksemplifisere situasjoner hvor befolkningen er berørt, for eksempel covid-19-situasjonen. Hadde regjeringen brukt like lang tid på å innføre nasjonale retningslinjer for smitteverntiltak som det er gjort på å innføre FHB, så hadde sannsynligvis landets situasjon sett helt annerledes ut enn hva den gjør i dag. I en slik pandemisituasjon har vi sett at befolkningen er tilført mye informasjon og kunnskap fra landets smittevernledelse og politisk ledelse. Lederne har brukt media og internett som kanaler for informasjon og opplæring i smittevern-adferd. Landet betraktet som organisasjon har vært en «lærende organisasjon». Landets ledelse har i denne situasjonen styrt arbeidet ovenfra, «top-down» (Cappelen, Solstad, Andfossen, Hartviksen & Devik, 2020). De har betraktet alle innbyggere som viktige aktører i en felles satsing, og gitt befolkningen retningslinjer for effektive handlemåter. Kommuner er også organisasjoner hvor styring og ledelse er vesentlige elementer for å lykkes med innovasjon og innføring av nye tiltak. Under satsingen på forebyggende hjemmebesøk har man benyttet en annen type strategi. Den har karakter av mindre utprøvinger i noen få kommuner og en «bottom-up»-strategi med involvering av personell lokalt (Cappelen mfl., 2020). I disse utprøvkommunene ble det utviklet ulike modeller og fremgangsmåter for hjemmebesøk. Kunnskap fra kommunene er deretter blitt oppsummert (Førland, 2017). Det er også utviklet retningslinjer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Likevel viser det seg at det tar tid å implementere FHB i alle landets kommuner. Burde man for å lykkes med implementeringen hatt sterkere nasjonal styring? Ville det være hensiktsmessig å kombinere styring med medvirkning hvor kommunene betraktes som «lærende organisasjoner»? Lærende organisasjoner er organisasjoner der personellet, individuelt og i fellesskap, øker sin kapasitet for å skape resultater de virkelig bryr seg om å oppnå (Senge, 1995, 2006). Sett i lys av aktuelle anbefalinger, retningslinjer og sen utvikling av modell og tenkning undres vi på om ikke FHB burde være lovpålagt, slik det er i for eksempel Danmark, for å lykkes i større grad?

## Hvordan forstå FHB i lys av realisme og humanisme?

FHB kan betraktes i lys av ulike teoretiske perspektiver, blant annet teori som vektlegger mestring av aktiviteter i dagliglivet (ADL). FHB kan også betraktes i lys av teori innen positiv psykologi om mental styrke og kraft, mening og trivsel i hverdagen. De to perspektivene har røtter i to ulike vitenskapsteoretiske tradisjoner.

For det første dreier ADL seg om normalitetstenkning, og faller slik inn under en positivistisk tradisjon. Derimot faller positiv psykologi inn under fenomenologisk tenkning og humanisme. Positiv psykologi legger vekt på menneskets styrke, i stedet for å rette oppmerksomhet mot svakhet eller avvik fra normalitet (Ackerman, 2018; Seligman, 2012; Naseem & Khalid, 2010). En antagelse som ligger til grunn for teorigrunnlaget innen fagfeltet om styrker, er at mange helseressurser er oversett eller uoppdaget (Helsedirektoratet, 2018b).

For at eldre skal kunne bo i hjemmet sitt lengst mulig, er det vesentlig at de klarer å mestre dagliglivets aktiviteter. Aktiviteter i dagliglivet (ADL) blir definert som rutinemessige aktiviteter som man utfører daglig, og som det er avgjørende at man mestrer for å kunne leve selvstendig (van Het Bolscher-Niehuis, den Ouden, de Vocht & Francke, 2016). ADL består av de grunnleggende handlingene som involverer å ta vare på seg selv og egen kropp, inkludert personlig pleie, bevegelighet og inntak av mat (Mlinac & Feng, 2016). Instrumentell ADL består av komplekse aktiviteter slik som matlaging, husarbeid, innkjøp, ivaretagelse av egen økonomi, å kunne bruke telefon og offentlig transport (Lawton & Brody, 1969). Hos eldre mennesker kan det skje en forverring av den fysiske og kognitive tilstand som fører til at evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter og det å tilpasse seg og styre eget liv avtar (van het Bolscher-Niehuis, den Ouden, de Vocht & Francke, 2016). Sykepleiere og annet helsepersonell har en viktig rolle i å implementere forebyggende intervensjoner for å forebygge utvikling av funksjonstap.

Aktiv involvering av den eldre selv er en nøkkelfaktor, som er i tråd med prinsippene for omsorg; jmfør selvledelse («self-management») (van het Bolscher-Niehuis, den Ouden, de Vocht & Francke, 2016). Selvledelse, eller «self management», viser til ens evne til å håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykososiale konsekvenser og livsstilsendringer som følge av å ha en kronisk tilstand (Barlow, Wright, Sheasby, Turner & Hainsworth, 2002). Effektiv selvledelse omfatter muligheten til å overvåke egen tilstand og til å utføre de kognitive, adferdsmessige og emosjonelle responsene som er nødvendige for å opprettholde god livskvalitet (Barlow et al., 2002). I en litteraturstudie av van het Bolscher-Niehuis, den Ouden, de Vocht og Francke (2016), hvor de undersøkte effekten av støtteprogram for egenledelse på ADL hos eldre voksne, viser resultatene at støtte for selvledelse førte til mindre uførhet og bedre mestring av dagliglivets aktiviteter hos de eldre. Det kan tyde på at FHB er nyttig.

Hjemmebesøket kan ha ulike formål. Det kan være kartlegging av ressurser og hva som er viktig for personen, forebygging av fallulykker, forebygging av brann, informasjon om hva kommunen kan tilby av tjenester, råd og veiledning som bidrar til å opprettholde god helse. Personellet kan bruke samtale- og undersøkelse-

sesmetoder og tester som gir et bilde av personens funksjonsnivå og behov for hjelp (Førland, 2017). Dette kan muligens oppleves på ulike måter. Det kan for eksempel bli stressende å få besøk og få informasjon om mulige farer. Eksempler på dette kan være brann på kjøkkenet, lårhalsbrudd og nedsatt bevegelighet på grunn av funksjonstap. Elendighet kommer i front, og mening i hverdagslivet skyves bakover. I motsetning til mestringsstrategier undres vi om ikke dette kan føre til lært hjelpeløshet? (Seligman, 2012)

Kan mestringsbegrepet innen FHB bli forstått på ulike måter? Skinner et al. (2003) har gjort en omfattende litteraturstudie om mestring som viser til mer enn 400 måter å mestre på. En mye brukt definisjon av mestring («coping») er beskrevet av Lazarus og Folkman (1984) som «constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person» (s. 141). Man kan forstå definisjonen på slik måte at forholdet mellom kravene fra omgivelsene og de ressursene som mennesker har til å håndtere disse kravene, dermed blir svært aktuelle for å mestre egen hverdag. Gjennom FHB kan en kartlegging føre til at man får tilgang på hjelpemidler, for eksempel en rullator som kan redusere kravet til stødigheit og føre til bedre mestring av bevegelighet hos den eldre.

For å ivareta kartlegging og foreslå tiltak som møter pasientens evne til å mestre hverdagen, uten at helsepersonell krenker og «overkjører» individet, fordres profesjonell kompetanse. Helsepersonell skal ha profesjonell kompetanse etter endt utdanning, og personlig kompetanse er en del av denne kompetansen. Hva trengs så for å jobbe med mennesker? Helsearbeidere skal være gode fagpersoner, men også medmennesker. Helsetjenesteutøveren som er på hjemmebesøk, må søke å forstå den som skal hjelpes, og være oppmerksom og bevisst i samtalen på hva som foregår, og hva som sies (Skau, 2017). Eide og Eide (2017) viser til Søren Kierkegaards formulering om å finne den andre der han er, og begynne der. Det er vesentlig i all helsetjeneste og herunder FHB, som foregår i individets hjem. Den som er hjelper, bør være ydmyk overfor den han hjelper, og ivareta brukerens autonomi. Hjemmebaserte helsetjenester (hjemmesykepleie) er et arbeid som tradisjonelt har hatt, og har, mye fokus på sykdom og svakheter (avvik fra normalitet) som krever kompensierende helsehjelp. Et spørsmål er om normalitetstenkning legges for mye til grunn i FHB, og om den komplementeres med en humanistisk tilnærming som ivaretar de eldres autonomi og vektlegger deres styrker og kraft som helseressurs?

Studier gjort i Norge og i Canada viser at å ha personell som har profesjonell og personlig kompetanse, er et av tiltakene som må til for at FHB skal være vellykket og ha nytteverdi (Førland, 2017; Markle-Reid et al., 2006). Helsearbeidere må stille seg åpne og være genuint interesserte i å gjøre det beste for den eldre. Å være opp-



merksom i nærvær er knyttet til flere verdier helsearbeideren bør utøve. Når en kommer til et hjem, skal en opptrå med varsomhet og ikke være dømmende overfor den en har samtale med.

Personell som arbeider personsentrert, relaterer seg til personen på både en intensjonell og personlig måte (Williams & McCormack, 2017). I møte med mennesker i deres hjem og samtale om hva som kan være helsefremmende, vil det være grunnleggende å ivareta deres autonomi, selvbestemmelse og verdighet, samt å etablere og vedlikeholde en relasjon som er både mellommenneskelig og målrettet. Relasjonelt er personsentrert profesjonell kommunikasjon verdibekreftende. Personellet kommuniserer på en slik måte at det skal styrke personens opplevelse av egen verdi (Jacobs, van der Zijpp, van Lieshout & van Dulmen, 2017). Personellet skal tilstrebe å skape en relasjon der partene forholder seg til hverandre på en omsorgsfull og personlig måte (Williams & McCormack, 2017). Omsorg overfor en annen innebærer «the respect for the other as what it is: other» (Noddings, 1998, s. 130). Man vender oppmerksomheten mot den andre som person, uten å projisere sine perspektiver over på den andre. Det betyr ikke at man setter seg selv fullstendig til side, men at man viser relasjonell og etisk ansvarlighet, samtidig som at man ivaretar egen selvrespekt.

I FHB er relasjonen mellommenneskelig, men den har også en faglig intensjon (Hargie, 2006). Personellet har *sin* intensjon, og de eldre som får besøk, har også intensjoner, forventninger og mål med å ta imot og samtale med personellet. Aktørens mål driver frem og skaper det som skjer i samtaleprosessen. De kan forstå, eller misforstå, hverandres intensjoner. Forskning har vist at helsepersonell kan gå raskt inn på tema de vil samtale om, uten å klargjøre med de eldre hva som er deres mål med samtalen (Brataas, Thorsnes & Hargie, 2010). Også i FHB vil klargjøring av hva som er intensjonen med møtet, være relevant. Den eldre bør være innforstått med hva FHB innebærer, og partene enes om hva samtalen skal omhandle. Det er viktig å bruke tid på dette, da det vil fremme den eldres autonomi og likeverd som part i samtalen (Williams & McCormack, 2017).

## **TRIVSEL OG MENING SOM HELSEFREMME ASPEKTER?**

Hvordan forholder personellet seg til trivsel og mening hos eldre når de er på forebyggende hjemmebesøk? Trivsel og mening er vesentlige livskvalitetsfaktorer (Antonovsky, 1987, 2000). Trivsel og mening i eldre år dreier seg om både kontinuitet og endring i form av vedvarende utvikling av personlig kompetanse og tilpasning til endringer i ens livssituasjon (Fave et al., 2018; Hellström Muhli &

Svensson, 2017). Mestring i hverdagen kan følgelig forstås som å ha styrker og kraft til vekst og tilpasning i alderdommen. Innen psykologi-fagfeltet om styrker og kraft betraktes dette som helseressurser (Helsedirektoratet, 2018b). Fagfeltet har grunnlag blant annet i Maslow (1943) sin teori om menneskers motivasjon, Antonovsky (1987, 2000) sin teori om helse som salutogenese, som motsetning til sykdom eller patogenese, og positiv psykologi sin teori om mening og trivsel (Ackerman, 2018; Seligman, 2012). Positiv psykologi beskriver mentale styrker som visdom og kunnskap, mot og emosjonell styrke, medmenneskelighet, rettferdighetssans, mål og motiv for å strebe etter å lykkes, og styrke i form av en meningsfull tilknytning til omverdenen og et større univers (Seligman, 2012; Peterson & Seligman, 2004).

Innen internasjonal forskning om eldre sin hverdag har positiv psykologi vært lite vektlagt (Russo-Netzer & Littman-Avidia, 2019; Owens, Baugh, Barrett-Wallis, Hui & McDaniel, 2018). En kvalitativ studie om hva som opptar eldre i deres hverdagsliv, og hva de oppfatter som sine ressurser, viste at til tross for flere fysiske og mentale utfordringer synes ikke dette å ha effekt på selvoppfatningen. Derimot synes eldre å være i stand til å skape positive livshistorier når de forteller om sin fortid, og sette ord på egne styrker og hva som gir mening i livet (Russo-Netzer & Littman-Avidia, 2019).

Utilizing a “bottom-up” perspective, we also found that the participants articulated personal strengths as resources and channels to both cope and move toward a more full and meaningful life, in their experience. (Russo-Netzer & Littman-Avidia, 2019, s. 11)

Kan dette bety at personell som gjennomfører FHB og lytter til de eldres fortelling, fører til at de eldre setter ord på egne styrker og hva som er viktig i deres liv?

Tilsvarende beskriver Owens et al. (2018) optimistiske resultater av en kvalitativ studie om styrker på tvers av livsløpet. De rapporterer om potensial for å tilegne seg og kultivere styrke i eldre år. Aldring betraktes som multidimensjonalt og involverer aspekter som er kronologiske, biologiske, sosiale, kulturelle, åndelige og psykologiske. Det ser ut til at suksessfull aldring er det individene selv verdsetter, heller enn bare fysiske mål for funksjon. Følgelig kan en mer helhetlig bio-psykososial betraktning være relevant (Martin, Palmer, Rock, Gelston & Jeste, 2015). Kan det være en aktuell tilnærming i FHB?

Teori om styrkebaserte endringsprosesser har som antagelse at alle mennesker, familier, lokalsamfunn og annet har en iboende mulighet til å gjennomføre nødvendige endringer for å nå mål som er viktige for dem selv (Helsedirektoratet,

2018b). Å nå mål forutsetter for det første at ytre forhold i både hjem, nær omgivelse og samfunn muliggjør dette. For det andre kan mennesker ha iboende mentale ressurser til å møte det som kreves for å mestre endring, men trenge støtte og kunnskap for å mestre selve gjennomføringen. Mestring vil innebære å tenke og handle hensiktsmessig (Lazarus & Folkman, 1984). I vårt samfunn synes offentlige føringer å ha intensjon om at norsk helsetjeneste skal være en støtte til eldres mestring av dagliglivets utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). Støtte til trivsel og et meningsfullt liv kan for eksempel dreie seg om å støtte og eventuelt legge til rette for passende sosial aktivitet. I forebyggende hjemmebesøk kan dette dreie seg om den eldres bevisstgjøring og aksept av egne holdninger til aktivt og relasjonelt engasjement, og *samtidig* at personen selv blir mer klar på å ha en balansert innstilling til å bruke sine karakterstyrker i aktivt og sosialt liv (Russo-Netzer & Littman-Avidia, 2019). En lite balansert innstilling forstår vi som «kognitiv dissonans». For å illustrere dette bruker vi to eksempler: En person kan ha lite ønske om å «bruke seg selv» i sosiale aktiviteter, men ha positive holdninger til å være sammen med andre. Bør denne personen velge å gå på kino, teater og lignende, og gjøre dette sammen med andre? Til sammenligning kan en annen eldre ha høyt ønske om å bruke seg selv, men være negativt innstilt til å delta i store sosiale samlinger. Kanskje kan denne personen være en god leksehjelp eller trygghetsfremmende nabo, venn eller besteforelder? Sannsynligvis vil en passende aktivitet for hver av de to fremme livskvalitet og helse. Muligens kan denne formen for klar-  
gjøring være relevant i FHB?

## HVA SIER ULIKE TYPER FORSKNING OM BETYDNINGEN AV FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK?

Kartlegging i Norge (Førland, 2014) viser at det er flere områder det bør forskes på for å videreutvikle FHB i kommunehelsetjenesten. Det ønskes tydeligere retningslinjer, opplæringsmateriell og veiledning knyttet opp mot FHB. Norske studier viser også at hjemmeboende eldre er tilfreds med å få FHB. De erfarer det som positivt og får en opplevelse av sikkerhet og støtte for å bo hjemme (Tøien, Heggland & Fagerstrøm, 2014; Tøien, Bjørk & Fagerstrøm, 2018; Tøien, 2018).

Flere land i Europa og ellers i verden har etablert FHB, og det er også lovpålagt i noen land. Det viser seg at både i og utenfor Norge gjennomføres det også forskjellige modeller for FHB. Studier viser også at det er noe usikkert om FHB har en forebyggende og livsforlengende effekt, og om det reduserer kostnadene til helsetjenester (Førland, Skumsnes, Teigen & Folkestad, 2015; Sahlen, Löfgren, Hellner & Lindholm, 2008; Huss, Stuck, Rubenstein, Egger & Clough-Gorr, 2008). En

evalueringsstudie i Tyskland viser at FHB ikke er kostnadseffektivt (Brettschneider et al., 2015). Andre studier viser at de eldres levetid forlenges dersom det er profesjonelle helsearbeidere som utfører FHB (Sahlen, Dahlgren, Hellner, Stenlund & Lindholm, 2006; Liimatta, Lampela, Laitinen-Parkkonen & Pitkala, 2016). En oppsummering av tolv publiserte, randomiserte kontrollerte studier om FHB viser at når tiltaket gjennomføres av sykepleier, har det en positiv påvirkning på helse, levetid, antall sykehusinnleggelses og kostnader i helsetjenesten (Markle-Reid, Browne, Weir, Gafni, Roberts & Henderson, 2006). Resultater fra en annen studie om helsefremming og kost-effekt-analyse av FHB viser at FHB er kostnadseffektivt og helsefremmende (Zingmark, Norström, Lindholm, Dahlin-Ivanoff & Gustafsson, 2019). Overførbarhet av kunnskap i internasjonal forskning til norske forhold kan ikke tas for gitt. Dette tatt i betraktning peker beskrevne evaluerings- og oppsummeringsstudier om FHB, både i vårt land og internasjonalt, på behov for mer forskningsbasert kunnskap om modeller for gjennomføring av FHB og tiltakets betydning for helse, livskvalitet og trygghet i hverdagen til hjemmeboende eldre.

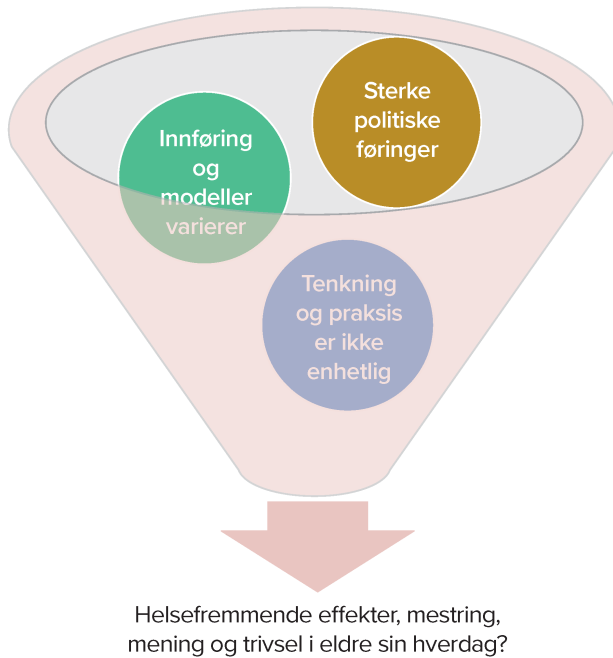
## VEIEN VIDERE

Vi har ovenfor beskrevet og diskutert FHB i lys av politiske føringer og forskningsbasert kunnskap og teori. Vi ser at tiltaket kan betraktes både som et politisk redskap, og som en tjeneste som kan bygge på ulik tenkning og praksis, med variasjon av tjenestemodeller. Variasjonen kan forventes å gi forskjellige effekter og betydning for de eldre sin mestring, mening og trivsel i hverdagen, jf. figur 6.1.

Modellen i figur 6.1 viser at det er behov for mer kunnskap om FHB og betydning og effekter av tjenesten. Det er lagt sterke føringer på at forebyggende hjemmebesøk blir etablert i alle kommuner i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Mange eldre er tilfredse med FHB. Forskning har også pekt på behov for mer kunnskap om forskjellige modeller for FHB, og betydning og effekter av ulike modeller. Det trengs også mer kunnskap for å sikre at personellet har nødvendig kompetanse og dyktighet i profesjonell kommunikasjon i møte med eldre i FHB. Kan et komplementerende flerperspektiv være en veiviser inn i fremtiden?

Ulike perspektiver på FHB ser ut til å dreie seg om to ulike vitenskapsteoretiske prinsipper; det ene dreier seg om normalitet, og det andre dreier seg om en mer fenomenologisk betraktning av menneskers hverdagsliv (Wifstad, 2018): Hva er viktig for deg?

Helsetjeneste med mål om å kompensere for funksjonssvikt vil være aktuelt for noen, samtidig som dette kan skape bedre forutsetninger for et liv med vektlegging av individuell psykisk styrke og kraft. Eldre kan ha både funksjonssvikt og samti-



**Figur 6.1** Politiske føringer, innføring, modeller, tenkning og praksis virker inn på FHB.

dig et selvbylde med styrke og kraft (Seligman, 2012). Mange faktorer spiller inn på mestring, trivsel og mening i den enkeltes hverdagsliv, noe som fordrer tilpassede løsninger i det forebyggende arbeidet.

En «flerteoretisk» betraktning med fokus på forebyggende hjemmebesøk har gitt komplementerende innsikter som peker fremover mot innovasjon og forskning innen feltet forebyggende eldreomsorg. Noe forskning har gitt mer innsikt om eldres eget perspektiv på livet som eldre (Russo-Netzer & Littman-Avidia, 2019; Owens et al., 2018; Martin et al., 2015). Den forskningen omhandler eldres liv og hverdag, og ikke forebyggende hjemmebesøk som sådan. Likevel kan kunnskap om eldres egne perspektiver og kunnskap om livslang erfaring som *ressurs* ha betydning i videre utvikling av hjemmebesøk, men også andre tilbud innen forebyggende helsearbeid. Her kan formålet være å støtte og bistå den enkelte eldre i sin oppnåelse av mestring, trivsel og meningsfulle hverdager. Det vil si et liv karakterisert av velbefinnende og god/akseptabel livskvalitet. I forebyggende helsearbeid med slikt formål må man for det første ta hensyn til kroppslig helse og fungering, og bistå ut fra individuelle behov og muligheter til best mulig mestring av dagliglivets aktiviteter. For det andre må en helhetlig tjeneste ta omsyn til personen, helsetilstanden og konteksten.

En utfordring i helsefremmende tjenester kan være å samtale om kompleksiteten i de eldres liv. FHB innebærer møter med individuelle eldre som har sitt perspektiv på trivsel og mening i sin hverdag. Alt etter situasjon kan de ha behov for informasjon om tjenester, trenge kompenserende tjenester eller eventuelt trenge veiledning og støtte for best mulig fysisk fungering i hverdagen. Eldre er ikke en ensartet gruppe med ensartede behov for FHB. Noen trenger kanskje ikke tilbudet her og nå for å endre sin helseadferd, fordi de lever sunt og har aktive liv. I så fall kan FHB være en bekreftelse på dette, samtidig som det opprettes en kontakt med kommunens helsetjeneste. Kontakten kan være nyttig dersom behov for informasjon og støtte oppstår på senere tidspunkt.

Helse- og omsorgsdepartementet har fokus på at innbyggerne skal bo lengst mulig i sin bolig, og legger føringer for at pårørende kan involveres, og at spreke eldre kan brukes i frivillig arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018a). En kan stille spørsmål om tilsiktede virkninger, og virkninger som ikke er tilsiktet, dersom pårørende og frivillige skal involveres i forebyggende arbeid i sammenheng med FHB-tiltak. Vi lar utdyping av slike spørsmål ligge, men ser at det her er behov for kunnskap om type involvering samt involveringens form og betydning for kvalitet i forebyggende tjenester for hjemmeboende eldre. Involvering av eldre på nye måter vil innebære nytenkning. For å illustrere en ide om nytenkning stiller vi spørsmål om eldre med relevant erfaringskunnskap kan bidra i informasjonsformidling til andre eldre, for eksempel når det gjelder hjelpemidler som skal lette mestring av hverdagslivets aktiviteter? En intensjon med FHB kan være at brukere får kunnskap om hjelpemidler og tiltak som finnes tilgjengelig, dersom de har behov for slike, eller det oppstår behov i fremtiden. Blant annet finnes i dag mange nye former for teknologiske hjelpemidler som det kan være nyttig at eldre vet om, og vet hvor de kan få kunnskap om. Det gjelder blant annet hjelpemidler ved ned-satt hørsel. Et annet eksempel er trygghetsalarmer som fungerer uansett hvor personen befinner seg. I en FHB-samtale kan kunnskapsformidling om mange mulige tjenester bli så omfattende at den eldre ikke drar nytte av mengden av informasjon. En ide kan kanskje være å opprette informasjonsentraler hvor eldre kan møte opp og få mer informasjon ut fra egne behov? Dersom eldre også bidrar som informasjonsformidlere i slike sentraler, kan dette bli tjenester med lav samfunnskostnad. Muligens kan slike tjenester knyttes opp mot frivillighetssentraler? Det vil også være kostnadseffektivt og kompensere for bruk av helsepersonell. En undersøkelse gjort av NAV (2019) viser at det er mangel på helsepersonell innenfor helse. Altså bør personell benyttes på effektive måter. Samtidig ser vi behov for mer forskningsbasert kunnskap om hvorvidt og hvordan eldre kan bidra i det forebyggende arbeidet.

## KONKLUSJON

Offentlige føringer tilsier at det bør satses på FHB i langt flere kommuner. Nøe forskning viser at eldre er tilfredse med FHB. På den annen side peker forskning på forbedringspotensial og behov for mer kunnskap om ulike modeller for FHB, og modellenes betydning og effekter. Erfaringsutveksling mellom kommuner, samt forskning med brukerfokus på betydningen av FHB, kan gi mer kunnskap om hva som kan være hensiktsmessige FHB-modeller for å lykkes.

Beskrivelsen av FHB er i hovedsak basert på positivistisk, naturvitenskapelig kunnskap. FHB innebærer kartlegging og har en granskende tilnærming til eldre mennesker i deres hverdagsliv. Føringer legger dessuten vekt på brukermedvirkning og brukerrettigheter. Ivaretagelse av hjemmeboende Eldres autonomi, integritet og verdighet i FHB forutsetter at personellet har personlig og profesjonell kompetanse og evne til å gjennomføre samtaler. Personsentrert tilnærming har som mål å skape gode relasjoner og hensiktsmessige og faglig målrettede samtaler.

Helsepersonell som gjør kartlegging, bør ha kunnskaper om hvilke muligheter som finnes av tiltak for å mestre i ulike situasjoner. Det er viktig at de som har hatt samtaler hvor kartlegging har belyst tiltak helsetjenesten kan bistå med, også blir fulgt opp og evaluert etter hvert. Kommuner kan også ha relevant informasjon om tiltak på sine hjemmesider.

Forskning i forbindelse med evaluering kan bidra til at verktøy som brukes i FHB, blir videre evaluert og utviklet. Det er behov for mer kunnskap om hvilken betydning tjenesten kan ha for eldre hjemmeboende sin trivsel, mening og mestring i hverdagen.

Vi ser muligheter for økt innsats på forebyggende tiltak der friske eldre deltar i planlegging og gjennomføring av tiltak i sitt nærmiljø. I forebyggende helsearbeid for den aldrende befolkningen ser vi muligheter for nytenkning og forskningsbasert kunnskap om både FHB i sammenheng med andre forebyggende helsetjenester, og nye modeller for samarbeid mellom en aldrende befolkning og helse- og omsorgstjenesten.

## REFERANSER

- Ackerman, C. E. (2018, 28. november). *What is positive psychology & why is it important*. Hentet fra <https://positivepsychology.com/what-is-positive-psychology-definition/>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco, California: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., Hainsworth, J. (2002). Selfmanagement approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ. Couns.* 48 (2), 177–187.
- Brataas, H.V., Thorsnes, S.L. & Hargie, O. (2010). Themes and goals in cancer outpatient – cancer nurse consultations. *European Journal of Cancer Care*, 19(2), 184–191.
- Brettschneider, C., Luck, T., Fleischer, S., Roling, G., Beutner, K., Luppä, M., ... & König, H. H. (2015). Cost-utility analysis of a preventive home visit program for older adults in Germany. *BMC health services research*, 15(1), 141.
- Blindheim, K. & Alnes, R. E. (2015). Evaluering og justering av modell for forebyggende hjemmebesøk i Ålesund kommune.
- Cappelen, K., Solstad, L. J., Andfossen, N. B., Hartviksen, T. & Devik, S. A. (2020). Styling og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon. Hentet fra: <https://hdl.handle.net/11250/2654411>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fave, A. D., Bessi, M., Bocaletti, E.S., Roncagulione, C., Bernadelli, G., Mari, D. (2018). Promoting Well-Being in Old Age: The Psychological Benefits of Two Training Programs of Adapted Physical Activity. *Frontiers in psychology*, 9, 828. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00828>
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2014). Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge: Resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse. Rapportserie- nr. 7. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/217477>
- Førland, O., Skumsnes, R., Teigen, S. & Folkestad, B. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusjonsprosesser og spredning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 02 (1), 119–130.
- Førland, O. (2017). Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre. SOF; Senter for omsorgsforskning.
- Hargie, O. (2006). Skill in practice: an operational model of communicative performance. I: Hargie, O. (red.) *The Handbook of Communication Skills* (s. 37–70). London: Routledge.
- Hellström Muhli, U., Svensson, A-M. (2017). Well-being in old age: A question of both continuity and change. *IntechOpen*. DOI: <https://doi.org/10.5772/intechopen.68680>
- Helsedirektoratet (2018a). Gevinstrealiseringsrapporter – Nasjonalt velferdsteknologiprogram Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram> (hentet 17.10.19)
- Helsedirektoratet (2018b). Styrkebasert tilnærming i lokalt folkehelsearbeid. Innbyggerinvolvering, myndiggjøring og deltakelse. Oslo: Helsedirektoratet. IS-2721. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styrkebasert-tilnaerming-i-lokalt-folkehelsearbeid/>
- Helsedirektoratet (2017). *Etablere forebyggende hjemmebesøk i kommunen*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen>
- Helsedirektoratet (2019, 2 mai). Forebyggende hjemmebesøk i kommunen. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen#gjennomfore-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>



- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Meld. St.16. (2010–2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Meld. St.19 (2014–2015). Folkehelsemeldingen omsorg, Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Rundskriv. Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene. Veiledningsmateriale. Nr.1–2 2016.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018a). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017–2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/leve-hele-livet/id2547684/> (hentet 17.10.2019).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018b). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon- og skolehelsetjenesten (FOR-2018-10-19-1584). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584> (hentet 06.01.2019)
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Huss, A., Stuck, A., Rubenstein, L. Z., Egger, M. & Clough-Gorr, K. M. (2008). Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journals of gerontology. Series A-biological sciences and medical sciences*, 63(3), 298–307.
- Jacobs, G., van der Zijpp, T., van Lieshout, F., van Dulmen, S. (2017). Research in Person-centred healthcare technology: A plea for considering humanization dimensions. I: McCormack, B., van Dulmen, S., Eide, H., Skovdahl, K., & Eide, T. (red.) *Person-Centred healthcare Research* (s. 61–68). Wiley Blackwell, West Sussex, UK.
- Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9 (3),179–186.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer,
- Liimatta, H., Lampela, P., Laitinen-Parkkonen, P. & Pitkala, K. H. (2016). Effects of preventive home visits on older people's use and costs of health care services: a systematic review. *European Geriatric Medicine*, 7(6), 571–580.
- Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
- Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., Gafni, A., Roberts, J., & Henderson, S. R. (2006). The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63(5), 531–569.
- Martin, A.S., Palmer, B.W., Rock, D., Gelston, C.V. & Jeste, D.V. (2015). Associations of self-perceived successful aging in young-old versus old-old adults. *Int Psychogeriatr*. 27(4),601–9.
- Mlinac, M. E., & Feng, M. C. (2016). Assessment of activities of daily living, self-care, and independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 506–516.
- Nasjonal kompetansetjeneste (2017). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Delprosjekt 5 – Pårørende til eldre – oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. Hentet fra [https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/delrapport5\\_paarorende\\_eldre.pdf](https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/delrapport5_paarorende_eldre.pdf)
- Naseem, Z. & Khalid, R. (2010). Positive thinking in coping with stress and health outcomes: Literature Review. *Journal of Research and Reflections in Education*, 4(1), 42–61.

- NAV (2019) Bedriftsundersøkelse våren 2019. Lastet ned 25.10.19 [https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/\\_attachment/548419?\\_download=true&\\_ts=16a968191b8](https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/_attachment/548419?_download=true&_ts=16a968191b8)
- Noddings, N. (1998). *Philosophy of education*. Oxford: Westview Press Inc.
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2015). Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2013. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon.
- Owens R. L., Baugh L. M., Barrett-Wallis R., Hui, N. & McDaniel, M. M. (2018). Strengths across the lifespan: a qualitative analysis of developmental trajectories and influential factors. *Transl. Issues Psychol. Sci.*, 4, 265–276.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research. Methods, appraisal, and utilization*, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Russo-Netzer, P, Littman-Avidia, H. (2019). “Something to Live for”: Experiences, Resources, and Personal Strengths in Late Adulthood. *Front Psychol.*, 10, 1–14. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02452>
- Sahlen, K. G., Dahlgren, L., Hellner, B. M., Stenlund, H., & Lindholm, L. (2006). Preventive home visits postpone mortality – a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*, 6(1), 220.
- Sahlen, K. G., Löfgren, C., Mari Hellner, B. & Lindholm, L. (2008). Preventive home visits to older people are cost-effective. *Scandinavian journal of public health*, 36(3), 265–271.
- Seligman, M. (2012). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. New York: Free Press.
- Senge, P. M. (1995). *Learning organizations*. Cambridge: Gilmour Drummond Publishing.
- Senge, P.M. (2006). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. Chatham, Kent: Random House Business Books
- Sjøbø, B. A., Teigen, S., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2016). Hvilken betydning har forebyggende hjemmebesøk? En kvalitativ studie av eldre menneskers erfaringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(01), 47–58.
- Skau, M.G. (2017). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cap-pelen Damm Akademisk.
- Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. (2003). Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269.
- Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory Method and Research*. London: Sage.
- Torp, S. (2005). Atferdsteoretiske perspektiv på forebygging av muskel-og skjelettplager. *Fysioterapeuten*, 87(4), 16–21.
- Tøien, M. (2018). *An exploration of how long-term preventive home visits affect older persons' health and possibility for a good life in their own homes Users' and service-providers' perspectives*. Universitetet i Oslo. Institute of Health and Society, Department of Nursing Science.

- Tøien, M., Heggelund, M., Fagerström, L. (2014). How do older persons understand the purpose and relevance of preventive home visits? A study of experiences after a first visit. *Nursing Research and Practice*, 2014.
- Tøien, M., Bjørk, I. T., Fagerström, L. (2015). Older users' perspectives on the benefits of preventive home visits. *Qualitative Health Research*, 25(5), 700–712.
- Tøien, M., Bjørk, I. T., Fagerström, L. (2018). An exploration of factors associated with older persons' perceptions of the benefits of and satisfaction with a preventive home visit service. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(3), 1093–1107.
- van het Bolscher-Niehuis, M. J., den Ouden, M. E., de Vocht, H. M., & Francke, A. L. (2016). Effects of self-management support programmes on activities of daily living of older adults: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 61, 230–247.
- Veenstra, M., Lima, I. A., & Daatland, S. O. (2009). *Helse, helseatferd og livsløp*. Oslo: NOVA, rapport, 3, 2009.
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Williams, C. & McCormack, B. (2017). Learning to be an effective Person-centred Practitioner. I: McCormack, B., van Dulmen, S., Eide, H., Skovdahl, K. & Eide, T. (red.) *Person-Centred healthcare Research* (s. 169–179.). Wiley Blackwell, West Sussex, UK.
- Zingmark, M., Norström, F., Lindholm, L., Dahlin- Ivanoff, S. & Gustafsson, S. (2019). Modelling long-term cost-effectiveness of health promotion for community. Dwelling older people. *European Journal of Ageing*, 16(4), 395–404.